

ラグビー選手の陳旧性 C4 脱臼の 1 例

○黒坂 健二 (くろさか けんじ), 森山 徳秀, 橋 俊哉, 圓尾 圭史, 井上 真一,
有住 文博, 吉矢 晋一

兵庫医科大学 整形外科

35 歳, 男性. クラブチームラグビー選手, フッカー. 主訴は頸部痛, 上方注視困難. 2 年前ラグビーの試合中, タックルし受傷. 某医で C4 脱臼の診断を受け, カラーによる 2 カ月間の外固定を受けた. 1 年半過ぎ上記症状が出現. 受傷当時の単純 X 線で C4 の前方すべりは 4mm, C4/5 の後弯角は 23°, C4/5 の棘突起間は開大していた. 受傷後 1 年 8 カ月の単純 X 線で C4 の前方すべりは 10mm, C4/5 の後弯角は 50°と脱臼の進行を認めた. MRI で C4/5 で硬膜管の全周性圧迫を認めたが, Frankel 分類は E. 手術は MEP 下に前方から椎間板の郭清と両ルシユカ関節をケリソで切除し, 腹臥位で C4/5 の脱臼は改善した. C4, 5 のスクリューを挿入し, 骨移植を行った. 再度仰臥位で, C4/5 にケージを打ち込んだ. 手術時間は 6 時間 25 分, 出血量は 240g. 術中 MEP は変化を認めなかったが, 術後右上肢に MMT4 の筋力低下が出現したが, 保存的に回復し, C4/5 後弯角は 18°で維持されている.

【考 察】

本例は Allen 分類の DF の stage1 だが, 4mm の前方すべり, 23°の後弯, C4/5 の棘突起間は開大していたことより, 急性期に頸椎固定術が必要であった. 急性期なら頸椎の前方か後方固定で対応でき, 6 時間を超える手術の必要性はなかった.

【結 論】

急性期の不安定性評価を誤ると侵襲の大きい前後合併手術が必要となる.